1868
Lane Medical Library

# Geschwulst in den Bauchdecken vorgetäuscht durch ein Ovarien-Cystom.

---

# Inaugural-Dissertation

zur

**Erlangung der Doctorwürde**

in der

## Medicin und Chirurgie

vorgelegt der

medicinischen Facultät hiesiger Universität

und öffentlich zu vertheidigen

am 1. August 1868

von

**Adolph Guenther.**

---

Opponenten:

**A. Dieterich,** Dr. Med. et Chir., **O. Horn,** Drd. Med. et Chir.

BRESLAU.
Druck von Heinrich Lindner, Albrechtsstrasse 29.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn

Medicinalrath Prof. Dr. O. Spiegelberg

dankbarlichst

gewidmet

vom Verfasser.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn

Medicinalrath Prof. Dr. O. Spiegelberg

durch Dankbarkeit

verbunden

vom Verfasser

## Geschwulst in den Bauchdecken vorgetäuscht durch ein Ovariencystom.

Während ein Theil dessen, was wir unter dem Namen der Geschwülste begreifen, der Diagnostik nur sehr geringe Schwierigkeiten entgegenstellt, da er in sehr characteristischen Formen sich darstellt, so setzen dagegen andere Individuen, welche mit derselben Klasse von Erkrankungen behaftet sind, dem ärztlichen Erkennen oft sehr grosse Hindernisse entgegen; und auch dem geübtesten Practiker stellen sich hin und wieder Fälle dar, wo er die Diagnose wird zweifelhaft lassen müssen, da selbst bei Zuhilfenahme aller diagnostischen Hilfsmittel und Methoden, und bei richtiger Erwägung aller sonstigen Umstände es doch immer Fälle geben kann und geben wird, in denen die Diagnose doch immerhin nurmehr weniger den Anspruch auf eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose wird machen können. Einen derartigen Fall hatte ich in der v. Langenbeck'schen Klinik in Berlin zu beobachten Gelegenheit, und er wurde mir durch die Güte meines Hochverehrten Lehrers Herrn Geheimenrath B. v. Langenbeck zur Veröffentlichung überlassen.

Rosalie Riemer, eine 28 Jahr alte Wirthschafterin, deren Mutter in puerperio gestorben ist, deren Vater aber noch lebt und nie eine ärztliche Behandlung nöthig gehabt hat, ebenso auch ihre Geschwister bis auf eine Schwester, welche sich im Wochenbett ein Augenleiden zugezogen hat, völlig gesund sind, war selbst bis zu ihrem 21. Jahre eben-

falls ganz munter. Da blieb im Mai 1860 die Menstruation, welche bis dahin regelmässig eingetreten war, aus, und es stellten sich zu gleicher Zeit noch andere krankhafte Zustände ein wie Anschwellung des Abdomen und der Füsse. Um diese Erscheinungen zu beseitigen, wurde im Juli 1861 die Punctio Abdominis gemacht, wobei sich eine weissliche, trübe, — wie Patientin angiebt — buttermilchähnliche Flüssigkeit entleerte und zwar in solcher Menge, dass ein kleiner Handeimer damit angefüllt wurde. Die Menses traten jedoch nicht wieder ein, wohl aber erschien wieder eine Anschwellung des Unterleibes und der unteren Extremitäten, zu deren Beseitigung im März 1863 die Hilfe eines neuen Arztes, da der erst behandelnde Arzt inzwischen verstorben war, in Anspruch genommen wurde. Dieser verordnete Einreibungen mit einer blasenziehenden Salbe auf eine prominente Stelle unterhalb des Nabels, liess in die entstandenen Blasen, sobald sie sich geöffnet hatten, eine reizende Flüssigkeit einspritzen und setzte so den Grad der Anschwellung etwas herab. Um jedoch den krankhaften Zustand der Patientin völlig schwinden zu machen, zog er im Mai desselben Jahres (1863) durch eine erst jetzt ganz deutlich unterhalb des Nabels hervorgetretene Geschwulst ein Setaceum, entfernte dies indess wieder nach einiger Zeit und hielt nur die nach den Einreibungen erschienene oberflächliche Wunde offen. Patientin blieb nun in der Behandlung dieses Arztes bis zum April 1864, von wo ab dieselbe bis zum 1. Juni 1867 ausgesetzt wurde. Während dieser Zeit blieb die genannte Wunde stets offen, aber der erwähnte Tumor nahm stetig an Grösse zu, deshalb wandte sich Patientin unter dem zuletzt angeführten Datum wieder Hilfesuchend an jenen Arzt, welcher ihr jetzt Arzneien gegen ihre Appetitlosigkeit verabreichte und wiederum Salben zum Einreiben verordnete, überdiess jedoch noch subcutane Injectionen machte, welche ebenso wie die Einreibungen Loslösung der Epidemis zur

Folge hatten. Indess der Tumor nahm nicht ab, und Patientin kam auf den Rath ihres Arztes in die v. Langenbeck'sche Klinik. —

Hier fand sich bei der Untersuchung ein Tumor von der Grösse eines Mannskopfes vor, der in der Linea alba ungefähr in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse seinen Sitz hatte. Die Geschwulst zeigte an ihrem oberen Umfange eine Punctionsnarbe, zu beiden Seiten aber Oeffnungen, — dieselben soll das angelegte Setaceum hinterlassen haben — aus denen sich eine weisse, trübe nicht fadenziehende Flüssigkeit entleerte, und auf der vorderen Fläche eine oberflächliche Wunde, die von den erwähnten Einreibungen und Einspritzungen herrührt. — Es handelt sich nun darum zu entscheiden, welcher Art der Tumor sei, und da schon seit Beginn ihres leidenden Zustandes die Menses cessirten, so musste sich natürlich zuerst die Frage aufdrängen ob hier nicht eine Erkrankung der Ovarien vorliege, und besagter Tumor nicht ein Ovarien-Tumor sein möchte, weshalb wir auf die Symptomatologie und Diagnose der Ovarien-Tumoren etwas näher eingehen müssen. Den meisten Ovarien-Leiden sind in ihren früheren Stadien schon Schmerz und Menstruationsanomalien gemeinsam, während sich die unterscheidenden Züge der Krankheit oft erst nach längerer Zeit zeigen und uns also erst später in den Stand setzen die Natur des Uebels zu bestimmen und seine Bedeutung zu würdigen, so dass diese Leiden wegen der Unbestimmtheit der Symptome auch in den ersten Stadien nur selten von Beginn an Beachtung erregen, ja nicht selten ihre Existenz nicht eher vermuthet wird, bis vielleicht durch irgend einen Zufall plötzlich das Vorhandensein einer Geschwulst entdeckt wird. Es ist nun nicht leicht zu sagen, wovon der häufige Mangel an Symptomen in den ersten Stadien der Eierstockswassersucht abhängt; übrigens ist auch die Immunität von Leiden zu dieser Zeit keineswegs constant, und in manchen Fällen sind die

Schmerzen und Beschwerden viel bedeutender so lange das vergrösserte Ovarium noch in der Beckenhöhle liegt, als später, wo der Umfang desselben die Functionen der Abdominal-Eingeweide zu beeinträchtigen beginnt. Während das grosse Ovarium, so lange es sich noch im Becken befindet auf das Rectum, den Uterus und die Blase drückt und so eine fortdauernde Congestion der Beckenorgane unterhält, verschwinden alle diese Beschwerden mehr weniger, wenn es erst aus dem Becken in die Höhe gestiegen ist und am Ligamentum ovarii frei flottirt. Treten nun bei einer Patientin Schmerzen auf, welche einen klopfenden oder brennenden Character haben und sich auf eine oder die andere regio iliaca beschränken, vielleicht auch noch die Neigung haben in Paroxysmen zu exacerbiren, so zeigen sie meist ziemlich klar eine Ovarien-Erkrankung resp. Ovarien-Tumor an; sehr häufig gesellen sich dann im späteren Verlauf der Krankheit zu diesen Symptomen, ausser einem wahrnehmbaren Tumor, noch die der allmähligen Cachexie, welche in einigen Fällen von der Natur der Ovarien-Erkrankung selbst abhängen, in anderen nur von dem Verbrauch der grossen Menge Blutes durch die Geschwulst, welches zur Ernährung des Körpers hätte dienen sollen. Das letzte Stadium der Krankheit kann ich unmöglich besser und treffender schildern, als wenn ich die Worte von Charles West anführe: „Hierher gehören die Symptome, wie wir sie gegen das Ende jeder langwierigen Krankheit sehen, die Zeichen des allmähligen Schwindens erst einer, dann einer anderen Kraft, das Flackern des Lichts, das bald ausgehen muss. Der Appetit wird mehr und mehr capriciös, bis ihn zuletzt keine Erfindung der Küche mehr zu reizen vermag; die Verdauungskraft selbt leidet noch rascher, und die zunehmende Abmagerung zeigt nur zu deutlich, wie die wenige Nahrung immer weniger und weniger ernährt. Der Puls wird schwächer, und die Kräfte nehmen mit jedem Tage ab, eine

gewohnte Bewegung nach der anderen wird aufgegeben, zuerst die Anstrengung zur Veränderung der Lage, wonach sich die Kranken sonst so sehnen, dann die zur Erhaltung der Reinlichkeit, und endlich die zur Bequemlichkeit, bis zuletzt den ganzen Tag über nur eine Lage beibehalten wird, trotz des Aufspringens der zarten Haut, indem es der Kranken schon genug ist, wenn in dieser nur die Respiration ruhig vor sich geht, und sie ungestört leiden kann. Die Erschöpfung vertreibt den Schlaf, oder der Schlaf bringt keine Erfrischung. Der Geist allein bleibt inmitten des allgemeinen Verfalls ungestört, aber er wird nicht durch jene illusorischen Hoffnungen erheitert, welche das Lebensende des Schwindsüchtigen, wenn auch mit falschem Schein, vergolden; denn Schritt für Schritt wird das Nahen des Todes gefühlt, die Kranke wartet auf das Kommen desselben oft so sicher, oft mit viel schärferer Wahrnehmung als wir. Wir kommen Tag für Tag in das Krankenzimmer um müssige Zuschauer einer traurigen Ceremonie zu sein, und verlassen es gedemüthigt von dem Bewusstsein, wie eng die Grenzen sind, die den Hilfsmitteln der Kunst gesteckt sind".

Nachdem wir nun so die hauptsächlichsten Symptome der Ovarien-Cysten erwähnt haben, wollen wir jetzt die Hauptmerkmale ins Auge fassen, welche uns leiten müssen um bei Stellung der Diagnose nicht fehlzugreifen. Zuerst wird uns die Anamnese auf das Uebel leiten können, denn meistens werden wir bei näherer Nachfrage finden, dass ein leichtes, auf die erkrankte Seite bezogenes Unbehagen den acuten Symptomen schon eine ziemliche Zeit vorausgegangen ist. Erkennen wir schon eine Geschwulst, so bietet dieselbe, so lange sie noch hauptsächlich in der Beckenhöhle zurückbleibt, meistens nur ein unbestimmtes Fluctuationsgefühl dar, selbst wenn der Inhalt allein aus Flüssigkeit besteht. Ist der Tumor aber in die Bauchhöhle emporgestiegen und Fluctuation vorhanden, so muss jetzt vor Allem die Diffe-

rential-Diagnose zwischen Hydrops ovarii und Ascites gestellt werden, jedoch wird sich bei letzterem dann wohl fast immer eine Ursache aufinden lassen, wie Lebercirrhose, Herzkrankheiten, Morbus Brightii, Tuberculose oder sonstige Erkrankungen des Bauchfells, deren Zeichen dann neben dem Hydrops bestehen werden. Sichern wird auch dann noch die Diagnose das Ergebniss der Percussion bei wechselnder Lage der Patientin. Macht man nun die Palpation über den Schambeinästen, oder touchirt man die Geschwulst durch die Scheide, so wird man dann noch weiter über ihre eigentliche Natur Aufklärung erlangen, denn man wird dann vielleicht bestimmtere Umrisse des Tumor erkennen, und mittelst der Uterus-Sonde wird es möglich sein, ihn von der Seite der Gebärmutter zu isoliren. Ferner verbreiten sich dann auch die Schmerzen, von denen wir schon gesprochen haben, auf das Bein der afficirten Seite mögen sie bisweilen nur in einem Gefühl von Taubheit oder Ermüdung bestehen, oder mögen sie sehr heftig auftreten und einen neuralgischen Character zeigen. Ausserdem ist ein fast constantes Symptom der Ovarial-Tumoren schmerzhafte Defaecation und Dysurie, so dass die nothwendig werdende Einführung des Catheters zu den ersten Symptomen der Krankheit gehört. Diese Beschwerden gehören nun meist den Anfängen der Krankheit an und verlieren sich mehr und mehr, je höher der Tumor aus dem Becken heraufsteigt. Ein weniger sicheres Criterium für Ovarien-Geschwülste sind Störungen der Menstruation, welche man doch eigentlich immer erwarten sollte, und siebzig von Charles West zusammengestellte Fälle ergeben folgendes Resultat: Die Menstruation war:

schmerzhaft in einem Fall;
profus in fünf Fällen;
anticipirend in vier Fällen;
unregelmässig in sieben Fällen, (bei zweien das erste Symptom);

postponirend in drei Fällen;
spärlich in fünf Fällen;
supprimirt in vierzehn Fällen, (bei sechsen das erste Symptom).

In drei Fällen hatte die Menstruation cessirt, ehe die Krankheit begonnen.

In zwei Fällen begann die Krankheit während der Schwangerschaft.

In sechsundzwanzig Fällen war die Menstruation völlig ungestört geblieben.

Hieraus ist also ersichtlich, dass weder Störungen der Menstruation, noch vollkommene Integrität der Ovarien-Functionen, noch complete Amenorrhoe die Diagnose zu einer absolut sicheren zu machen im Stande sind.

Mehr an Wahrscheinlichkeit, ja ich möchte sagen, in vielen Fällen an Sicherheit gewinnt die Diagnose in den späteren Stadien, hauptsächlich dann, wenn eine Geschwulst im Abdomen immer deutlicher wird, sich im Anfange oberhalb einer der Leistengegenden in der Nähe des Uterus zeigt, und dann immer hervorragender und umfangreicher sich präsentirt. Vorher schon durch die Vagina erkennbar, fühlt man auch später die Geschwulst immer weiter nach oben, wobei die eine Seite des Abdomens viel stärker entwickelt ist als die andere. Ist der Tumor jedoch sehr umfangreich, so nimmt er die ganze untere Bauchgegend ein, dehnt den Leib sehr aus und entwickelt sich immer mehr nach oben. Mit der Zunahme der Geschwulst entstehen durch den Druck derselben auf die verschiedenen Eingeweide die mannigfachsten Störungen: Dyspnoe, Lungen-Hyperämie, zuweilen auch Brustcatarrh durch das hinaufgedrängte Diaphragma, geschwächte Verdauung durch Druck auf den Magen, so dass bisweilen den Kranken der Genuss von Speisen fast unmöglich wird, da das Organ nicht allein in seinen Functionen beeinträchtigt wird, sondern bisweilen auch

Erbrechen eintritt, welches nicht eher dauernd gestillt werden kann, bevor nicht der Indicatio causalis Rechnung getragen ist. Ebenso, ja vielleicht noch lästiger sind die Symptome, welche aus der Compression des Rectum resultiren, denn es entsteht dadurch nicht nur hartnäckige Verstopfung und Koth-Retention, sondern mitunter sogar Kothbrechen. Aehnliche Beeinträchtigungen erfährt dann auch die Blase nicht nur zu der Zeit, wo der Tumor noch im Becken liegt, sondern auch in den vorgerückteren Stadien der Krankheit, denn jetzt, wo die Geschwulst aus dem Becken in die Höhe gestiegen ist, zerrt sie den Uterus sowohl als auch die Blase nach aufwärts und stört dadurch die Function des letzteren Organs.

Ein ferneres diagnostisches Zeichen für Ovarien-Tumoren bietet das Verhalten des Uterus, denn hier werden wir ihn fast immer, wenn wir die Untersuchung in der Rückenlage vornehmen, etwas nach vorn und auf die eine Seite gedrängt, überhaupt aus seiner normalen Lage gewichen vorfinden, und ist der Tumor aus dem Becken emporgestiegen, so zieht er dann auch fast stets, wie schon erwähnt, den Uterus mit sich empor. —

Das stetige Wachsthum der Geschwulst und die immer deutlicher werdende Fluctuation wird dann noch vollends die Diagnose sichern, verbunden mit dem Aussehen des Abdomens, indem hier der Leib auf der einen Seite meist entschieden stärker prominirend ist, als auf der andern, und am meisten nach der Median-Linie hin wie bei Schwangerschaft. Die Percussion ergiebt dann über dem vorderen Theile des Abdomens fast stets einen matten Ton, denn es kommt kaum jemals vor, dass sich Darmschlingen zwischen das vergrösserte Ovarium und die Bauchwände lagern.

Haben wir nun so die symptomatologischen und diagnostischen Momente in Bezug auf Ovarien-Tumoren in ihren Hauptmerkmalen erörtert, und gehen wir dann auf unseren

Eingangs erwähnten Fall zurück, so werden wir durch die Vergleichung der Symptome, welche dieser Fall machte, mit denen der Ovarien-Cysten zu dem Resultate gelangen müssen, dass die vorliegende Geschwulst mit grösster Wahrscheinlichkeit kein Ovarien-Tumor sein möchte.

Zuvörderst musste bei der klinischen Untersuchung als fraglich hingestellt werden, ob Patientin zu Anfang ihrer Krankheit nur einen Ascites mit Oedema ossium, oder daneben gleichzeitig auch noch einen Tumor gehabt habe, da sie beides stets zu verwechseln schien. Wie wenig aber das Ausbleiben der Periode die Annahme gerechtfertigt hätte, dass wir es hier mit einem Ovarien-Tumor zu thun haben dürften, beweist die statistische Tabelle von Charles West. Gegen einen Ovarien-Tumor sprach ferner der Sitz der Geschwulst, — sie befindet sich in der Linea alba in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse — und ihre Verbreitung, da sie nur an jener circumscripten Stelle hervorragt und die Beckenseite vollkommen freilässt, während Ovarien-Tumoren wegen des geringen Widerstandes, den die Intestina leisten, sich zuerst über den unteren Theil des Abdomens auszubreiten pflegen und dann erst die Bauchdecken hervortreiben, aber auch nicht an einer so umschriebenen Stelle, sondern mehr gleichmässig wie es bei Schwangerschaft der Fall ist. Dagegen sprach die minimale Verschiebung des Uterus, welcher nur sehr wenig herabgedrängt war. Dagegen sprach die frühere Behandlung, vor Allem die Anlegung des Setaceums, denn es dürfte sich wohl kaum je ein Arzt getrauen, ein Haarseil durch das Peritoneum zu ziehen, ohne tödtliche Peritonitis befürchten zu müssen. Wenn nun auch Patientin angiebt, dass der Tumor ihr das Uriniren erschwere, so dürfte dieser Umstand auch kaum zur Annahme eines Ovarien-Tumors berechtigen, da sich diese Beschwerden erstens sehr leicht aus dem Sitze und der Grösse der Geschwulst erklären liessen, also rein mechanischer Natur

sein konnten, und zweitens aus dem bestehenden intensiven Blasencatarrh, der sich aus der Beschaffenheit des Harns diagnosticiren liess. Den Mangel an Fluctuation will ich nicht als gegen einen Ovarien-Tumor sprechend anführen, da ja auch Ovarien-Cystome das Gefühl der Fluctuation nicht absolut darbieten dürfen, wie es z. B. bei massig entwickeltem Stroma und nur eingestreuten kleinen Cysten vorkommen kann. Aber auch das ganze Allgemeinbefinden der Patientin sprach noch dagegen, sowie auch die geringen Functions-Störungen ihrer übrigen Organe.

Wenn nun somit ziemlich sicher, wenn auch nicht absolut, die Wahrscheinlichkeit eines Ovarien-Tumors in Zweifel gezogen werden konnte, so musste man dann weiter einen Tumor annehmen, bei welchem in Frage kam, ob er aus dem Cavum abdominis herstamme, oder seinen Ursprung den Bauchdecken verdanke.

Ohne vorherige genaue Untersuchung und richtige Würdigung aller Momente hätte es vielleicht nicht unmöglich erscheinen können, die Geschwulst mit dem Uterus in Verbindung zu bringen, aber bedenken wir, dass die von einem Fibroid, — denn von einer solchen Neubildung konnte wohl füglich hier nur die Rede sein, — gebildete Geschwulst ganz andere Symptome bedingt, als in dem vorliegenden Falle vorhanden waren, so müssen wir auch die Möglichkeit eines Fibroid's läugnen. Denn eine an Uterus-Fibroid leidende Patientin wird meist ohne Veranlassung von Menorrhagie befallen, die oft von Schmerzen begleitet ist. Die Hämorrhagie wird anfangs leicht durch Ruhe und die gewöhnlichen Mittel unterdrückt, aber später kehrt sie bei jeder leichten Anstrengung wieder, oder dauert von einer Katamenialperiode zur andern fort. In Verbindung mit den Hämorrhagien, zuweilen gleich im Anfang, meistens aber einige Monate nach dem Beginn derselben, treten Schmerzen und Unbehagen im unteren Theil des Abdomens und in der Nachbarschaft der

Gebärmutter auf, Schmerzen, welche hin und wieder offenbar den neuralgischen Character an sich tragen und von heftigen, wehenartigen Contractionen begleitet sein können. Beginnen wir nun mit einer sorgfältigen Untersuchung des Abdomens, so finden wir gewöhnlich eine feste, höckerige und unebene Geschwulst, welche nur in den seltensten Ausnahmen median, sondern meist auf einer Seite des Abdomens gelegen ist. Bei der Vaginal-Untersuchung muss man vor Allem zu ermitteln und festzustellen suchen, ob die im Abdomen gefühlte Geschwulst mit dem Uterus in irgend einer Beziehung steht, und ob ein Druck auf die Geschwulst sich unmittelbar dem Uterus mittheilt, da hierdurch ein Aufschluss über die Verbindung derselben mit der Substanz der Gebärmutter gewonnen werden kann. Da die hintere Wand des Uterus der gewöhnliche Sitz der Fibroide ist, so werden wir auch meist einen festen, unebenen Körper, der mehr weniger den hinteren Theil der Beckenhöhle einnimmt, vorfinden, wobei dann der Uterus sehr oft vollständig retrovertirt und von der Medianlinie dislocirt ist, so dass man den Muttermund dann auf der einen oder anderen Seite in der Nähe der Synostosis pubo-iliaca fühlt. Ueberdies wird dann auch noch eine durch die Uterus-Sonde nachweisbare Verlängerung der Gebärmutter jeden Zweifel über den etwa vorliegenden Tumor heben. — Von allen diesen Symptomen war auch nicht eines in dem vorliegenden Falle vorhanden, so dass mit Sicherheit ein Uterus-Tumor ausgeschlossen werden konnte. Hielt man nun noch weiter die Meinung fest, dass besagte Geschwulst aus dem Cavum abdominis herstammen könne, so konnte sie vielleicht mit den Unterleibsorganen in Zusammenhang gebracht werden, und die Frage lag nahe, ob wir es hier nicht mit einem Leber- oder Nieren-Echinococcus-Sacke zu thun haben könnten. Dass aber auch diese Annahme sofort ungerechtfertigt erscheinen muss, ergeben die Symptome der Hydatiden und ihre Dia-

gnose. Häufig rufen nämlich Echinococcen der Leber dumpfe, drückende, selten stechende, heftige Schmerzen im rechten Hypochondrium hervor. Man fühlt dann nicht selten neben der Ausdehnung des Organs eine fluctuirende Geschwulst, welche beim Anschlagen im Finger eine eigenthümliche Empfindung hervorruft. Percutirt man nämlich die Geschwulst mit einem einzigen Finger und lässt den Finger liegen, so nimmt man ein eigenthümliches, kürzer oder länger andauerndes Zittern wahr, ähnlich der Empfindung, welche das Zittern einer Repetir-Uhr erregt. Dieses Zittern ist das von Piorry zuerst beschriebene Hydatiden-Schwirren, das sogenannte Frémissement hydatique. Ausserdem entstehen Verdauungsstörungen, der Appetit nimmt ab, die Kranken werden dyspeptisch. Durch Compression der Gallengänge kann Icterus, durch die der Pfortader Ascites entstehen. Diese Symptome, verbunden mit dem Vorhandensein einer fluctuirenden Geschwulst, welche eine mehr glatte Oberfläche erkennen lässt, werden dann wohl meist den Arzt auf die richtige Diagnose leiten. Abgesehen nun davon, dass bei unserer Patientin keine derartigen Symptome vorhanden waren, der Tumor nicht fluctuirte, musste auch schon sein abnormer Sitz eine solche Annahme von der Hand weisen, denn es ist wohl kaum denkbar, dass ein Echinococcus-Sack der Leber bei ihrer allseitig straffen Befestigung in der Linea alba unterhalb des Nabels zu Tage treten könnte, wenn dann überdies noch das Organ an seiner normalen Stelle nachgewiesen werden kannn.

Die fehlende Fluctuation und das fehlende Hydatiden-Schwirren, ebenso die fehlenden Symptome, welche auf eine Erkrankung der Niere hätten hinweisen können, liessen auch Echinococcen der Niere ausschliessen, wenn auch hier der Sitz der Geschwulst vielleicht weniger gegen eine solche Affection gesprochen hätte, da ja die sogenannte Wanderniere in der Pathologie eine gewisse Berühmtheit erlangt hat. —

Da der Tumor nun bei unserer Patientin entschieden eine umschriebene und begrenzte Geschwulst war, so musste man auch eine krebsige Degeneration des Peritoneum ausschliessen, wobei sich dann unregelmässige Geschwülste in verschiedenen Stellen des Bauchraumes nachweisen lassen, abgesehen natürlich noch davon, dass dann auch die Erscheinungen einer chronischen Reizung des Peritoneum nie fehlen werden. Ueberdies sprach auch dann noch dagegen das fehlende strohgelbe Aussehen der Patientin verbunden mit Abmagerung, überhaupt die fehlenden übrigen Zeichen der Krebscachexie. —

Zu den Geschwülsten, welche in dieser Gegend vorkommen und aus der Bauchhöhle herstammen, gehört dann auch noch die Hernia lineae albae, welche bald durch eine längere Spalte in derselben, bald durch eine mehr ringförmige Oeffnung in ihr oder dicht neben ihr hervortritt. Diese Oeffnung kann nun eine sehr verschiedene Grösse und Lage haben; hier kämen freilich nur die zwischen Nabel und Schoossfuge hervortretenden Brüche in Betracht. Diese Hernien haben ihren wesentlichen Grund in einer angeborenen oder erworbenen Diastase der beiden geraden Bauchmusceln, also nicht in einer in der Linea alba sich befindlichen Oeffnung, sondern in einer Umwandlung der weissen Linie in eine nachgiebige dünne Membran, wie sie nothwendig aus der Diastase der Recti resultiren muss. Die blosse Adspection unserer fraglichen Geschwulst, sowie die Grösse und der Sitz derselben hätten möglicherweise die Diagnose eines Bruches der weissen Linie unterhalb des Nabels zulassen können, jedoch sprachen alle übrigen Symptome des Tumor vollständig gegen eine solche Annahme. Ein Bruch kann niemals einen leeren Percussionsschall geben, da niemals nur Netz, sondern immer auch ein Theil des Darmes in demselben liegt. Bei aufrechter Stellung des Patienten wird er grösser und stärker gespannt und

wird durch Hustenstösse plötzlich weiter hervorgetrieben, während er bei ruhiger, horizontaler Lage sich verkleinert, oder auch ganz verschwinden kann, ein Phänomen, welches man auch durch gleichmässigen Druck bei horizontaler Lage des Kranken herbeiführen kann; sofort tritt die Hernie aber wieder hervor, sobald der Patient aufsteht oder hustet, überhaupt die Bauchpresse in Thätigkeit versetzt. Ein sehr wichtiges Symptom ist dann ferner noch für Darmhernien ausser dem vollen, sonoren Percussionsschall, die glatte Oberfläche und die elastische Consistenz der Geschwulst, das plötzlich bei der Reposition des Bruches eintretende gurrende oder gluckende Geräusch. Auch der Netzbruch, die Epiplocele, zeigt ganz andere diagnostische Merkmale als wir sie bei unserem Tumor vorfinden; und wenn wir auch bei einer Epiplocele einen leeren Percussionsschall, eine unebene, höckerige Oberfläche finden, so fühlt sie sich doch weich. fast teigig an, und man ist auch hier im Stande, den Tumor, sobald er eben ein Netzbruch ist, durch länger fortgesetzten Druck zu reponiren, wenn auch hier natürlich jenes characteristisrhe Geräusch vermisst werden muss, wie wir es, wie schon gesagt, bei Darmbrüchen hören. Man könnte nun vielleicht sagen, dass das Nichtgelingen der Reposition unseres Tumors noch keineswegs gegen eine Epiplocele spreche, da ja möglicherweise hier eine sogenannte irreponible Netzhernie vorliegen könnte, wie sie durch Veränderungen des Netzes z. B. dürch Bindegewebswucherung, übermässige Fettentwickelung oder anderweitige Entartung bedingt werden und sodann auch die Grösse eines bedeutenden Tumors erlangen können. Ferner können ja auch feste Verwachsungen zwischen den Eingeweiden und dem Bruchsack in Folge früherer Entzündungen die Reposition unmöglich machen: dann wird aber eine derartige Hernie, da dem weiteren Vordringen kein Hinderniss im Wege steht, stetig grösser, so dass schliesslich auch der grösste Theil der Baucheingeweide

hervortritt und dauernd im Bruch liegt, wovon hier durchaus nicht die Rede sein konnte. Auch bedingen solche stetig grösser werdenden Netzbrüche wegen der durch die Dislocation des Netzes bedingten Zerrung des Magens, das Gefühl von Spannung im Unterleibe, welches den Kranken mitunter sogar am Geradegehen hindert, ferner häufige Uebelkeiten, Magenkrämpfe, Erbrechen und endlich einen solchen Grad von Störung der Magenverdauung, dass der Kranke marastisch zu Grunde gehen kann: also Erscheinungen, wie sie bei unserer Patientin auch nicht im geringsten Grade vorhanden waren, weshalb auch eine Netz-Hernie mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. —

Man musste nun jetzt den Sitz des Tumors in die Bauchdecken selbst verlegen und zwar in die tieferen Schichten derselben, da man ihn nicht mit der Haut zusammen umgreifen, abgrenzen oder verschieben konnte, was der Fall hätte sein müssen, wenn die Haut sein Mutterboden gewesen wäre. Hier konnte es sich nun wieder darum handeln, ob die Geschwulst nur ein Abscess wäre oder ein Tumor anderer Art.

Wir trennen die Abscesse nach ihrer Entstehungsweise in acute und chronische; die ersteren, bei welchen die Erscheinungen der Entzündung sehr ausgeprägt zu sein pflegen, hat man auch vorzugsweise entzündliche oder heisse, die letzteren, die sehr schleichend und fast symptomlos entstehen, kalte Abscesse genannt.

Die acuten, heissen oder pflegmonösen Abscesse nehmen in der Regel ihren Ursprung aus einer acuten Entzündung des Zellgewebes, einer beschränkten Phlegmone, und characteristisch für dieselben ist, dass die Entzündungsphänomene sehr ausgeprägt hervortreten und die Eiterbildung verhältnissmässig rasch erfolgt. Die Entzündungsgeschwulst wird nach der Bildung von Eiter schärfer begrenzt, und das entzündliche Fieber pflegt von Frostschauern begleitet zu sein, die in unregelmässigen Zwischenräumen eintreten. Die Haut

über der Geschwulst wird mehr und mehr gespannt, durchscheinend, durch Stauungen dunkel, zuweilen blauroth; in der Umgebung bildet sich ein characteristisches Oedem, während in der Mitte die Spannung und die Härte wächst. Die Geschwulst ist gegen Druck ausserordentlich empfindlich, und der bleiche und angegriffen aussehende Patient empfindet in ihr die bekannten klopfenden Schmerzen. Der Schmerz steigert sich dann mehr und mehr, der Abscess selbst spitzt sich zu, die Eiterung geht auf die darüberliegende Haut über, dieselbe wird durch den von innen sich steigernden Druck blass und anämisch; die weisse Stelle färbt sich dann gelblich und wird immer weiter spitz vorgetrieben, endlich erfolgt Ruptur. In der Regel ist dann auch Fluctuation zu fühlen, welche hier freilich oft nicht gerade sehr deutlich ist, da der Eiter in heissen Abscessen eine Flüssigkeit von ziemlich dicklicher Consistenz bildet. Auch dieser Symptomencomplex hat keine Aehnlichkeit mit den Erscheinungen, welche der Tumor bei unserer Patientin darbietet, weshalb auch nur des acuten Abscesses Erwähnung gethan werden konnte, ohne nur einen Augenblick daran zu denken, dass wir es in diesem Falle mit einem heissen Abscesse zu thun haben könnten. Ganz ebenso verhält es sich mit den kalten Abscessen, welche nur graduell von den heissen unterschieden sind, indem sie sich viel langsamer und unter viel weniger ausgesprochenen Symptomen der Entzündung entwickeln. Nichts destoweniger sind aber auch sie entzündlichen Ursprungs, und bei einer genauen Befragung des Kranken werden die entzündlichen Symptome, besonders eine gesteigerte Empfindlichkeit, eine unbehagliche Spannung und eine gewisse Functionsstörung selten vermisst werden. Auffallend aber treten die Symptome kalter oder chronischer Abscesse erst ziemlich spät hervor und dann bleibt die Geschwulst immer an derselben Stelle, sie ist fast schmerzlos auch auf Druck wenig empfindlich und zeigt bei der Dünn-

flüssigkeit ihres Inhalts eine sehr deutliche Fluctuation, wenn der Abscess ziemlich nahe unter der Haut liegt. Die Geschwulst bewahrt lange Zeit ihren torpiden Character, ja sie geht nicht selten theilweise wieder zurück, um später von Neuem zuzunehmen, allmählich anzuwachsen und unter zunehmender Spannung und Functionsstörung der betheiligten Muskeln die Haut gleichmässig auszudehnen. Diese wird dann oft über der ganzen Geschwulst rosenroth, oder bei venöser Stauung blauroth, immer mehr und in ziemlich gleichmässiger Weise verdünnt, bis endlich ohne vorherige Zuspitzung der Durchbruch nicht selten an mehreren Stellen zugleich erfolgt. An Senkungs- oder Congestions-Abscess war dann hier ebenso wenig zu denken, da diese meist einem kranken Knochen oder Gelenk ihren Ursprung verdanken, und ebenfalls eine sehr deutliche Fluctuation zeigen, wovon hier nichts nachzuweisen war. —

Es können nun auch an dieser Stelle der Bauchdecken Echinococcus-Säcke vorkommen, da aber die diagnostischen Momente schon früher bei den Leber- und Nieren-Echinococcen erwähnt wurden und dort auch gezeigt wurde, dass der Tumor durchaus nicht ihre Eigenschaften besass, so glaube ich sie hier nur erwähnen und kurz über sie hinweggehen zu dürfen.

Wir kämen also nun zu der Annahme, dass diese Geschwulst ein wirklicher Tumor, ein Neoplasma im engeren Sinne des Wortes sein dürfte. —

Von den gutartigen Tumoren dürften hier wohl nur diejenigen in Betracht zu ziehen sein, welche hauptsächlich der grösseren Anhäufung von Fett- oder Bindegewebe ihre Entstehung verdanken, also das Lipom und Fibrom. Wenn nun auch das Lipom in Bezug auf seine Entwickelung — dieselbe ist schmerzlos und wird vom Kranken gewöhnlich erst bemerkt, wenn es bis zu einer erheblichen Grösse herangewachsen ist —, Aehnlichkeit mit dem Tumor unserer

Patientin darbot, so sprach doch dann aber die Palpation wieder vollständig gegen ein Lipom, denn dieses macht in der Mehrzahl der Fälle auf die untersuchende Hand ganz den Eindruck wie der normale Panniculus adiposus an Stellen, wo er in einiger Mächtigkeit entwickelt ist; es ist nachgiebig und quillt gleichsam wieder empor wenn der Druck der untersuchenden Finger nachgelassen hat; seine Weichheit vergleicht Chelius mit der eines mit Baumwolle gefüllten Sackes. —

Das Fibrom zeigt in Hinsicht der Consistenz, Form und Gruppirung seiner Elemente dieselbe Mannigfaltigkeit wie das gewöhnliche Bindegewebe. Bald ist es derb, fest, bald mehr weich und locker, da das quantitative Verhältniss zwischen Intercellular-Substanz und den zelligen Elementen, den Bindegewebskörperchen, von Einfluss auf den Gesammthabitus dieser Geschwülste ist. In den ersten Stadien der Entwickelung, wo die Kerne und Zellen überwiegen, sind daher diese Geschwülste mehr weich, teigig, oft fluctuirend, und heben sich von der Umgebung weniger scharf ab. In den späteren Stadien, wo die Grundsubstanz von mehr gleichmässiger Form ist und in derben Faserzügen auftritt, nimmt auch die Gesammt-Geschwulst eine festere und consistentere Beschaffenheit an; natürlich ist dieses Verhalten sehr variirend je nach den mannigfaltigen Modeficationen und Combinationen, welche diese Geschwülste unter Umständen erleiden und eingehen können. In der Regel bilden dann Fibrome, wenn wir von der diffusen Form absehen, abgegrenzte Tumoren von mehr weniger rundlicher, ovaler, selten gelappter Form. Diese Symptome verbunden mit den fehlenden Störungen des Allgemeinbefindens und den fehlenden secundären Anschwellungen der Lymphdrüsen werden dann wohl meist die Diagnose sichern. Unter ganz besonders schwierigen Verhältnissen müsste man dann freilich noch die partielle Excision mit nachfolgender mikroskopischen Untersuchung

vornehmen, ein Verfahren, welches ja überhaupt bei allen Tumoren in Anwendung zu bringen sein wird, wenn es schon vor der totalen Exstirpation der betreffenden Geschwulst darauf ankommen sollte, eine genaue pathologisch-anatomische Diagnose zu stellen.

Viele, ja ich möchte sagen fast alle dieser Eigenschaften des Fibroms fanden sich nun auch bei unserem fraglichen Tumor vor, behalten wir aber das relativ seltene Vorkommen der Fibrome an dieser Stelle und die beträchtliche Grösse des Tumor im Auge, so dürfte es wohl nicht ganz ungerechtfertigt erscheinen, wenn wir auch das Fibroid ausschliessen,

Von den malignen Tumoren wollen wir zuerst die Symptome und Diagnose des Carcinoms einer kurzen Besprechung unterwerfen. Für eins der hauptsächlichsten Symptome des Carcinoms werden die eigenthümlichen Schmerzen gehalten, welche plötzlich auftretend und verschwindend, blitzähnlich den afficirten Theil des Körpers durchzucken. Da nun die Krebse sowohl, als alle anderen Geschwülste keine Nerven besitzen, so muss man alle Schmerzen, welche durch sie verursacht werden, auf Rechnung der Veränderungen des Muttergewebes bringen. Als wesentlichste Veranlassung der Schwerzen führen einige Autoren das schnelle Wachsthum an. Es liegt aber auch sehr nahe im Druck oder der Hyperämie, oder vielleicht auch in wirklicher Substanzveränderung derjenigen Nerven, welche mit der Geschwulst in Zusammenhang stehen, eine häufige Ursache der verschiedensten Arten von Schmerzempfindung zu suchen. Während der weiteren Entwickelung der Krebsgeschwulst schwellen dann allmählig die benachbarten Lymphdrüsen an; bald früher, bald später schwindet das Anfangs ungestörte Wohlbefinden; es tritt Appetitlosigkeit ein, die Haut wird bleich und bekommt jene eigenthümliche, erdfahle, strohgelbe Färbung, welche für den

Krebs immer als characteristisch angesehen wird. Schnell schreitet die Cachexie fort, sobald der Krebs in das Stadium der Ulceration eingetreten ist; der Tod erfolgt dann unter den Erscheinungen völliger Erschöpfung, da, wie Andral und Gavarret nachgewiesen haben, auch das Blut der an Krebscachexie leidenden eine Verminderung der rothen Blutkörperchen zeigt, die bei starken Hämorrhagien natürlich dann noch besonders zunimmt. Die Krebsgeschwulst selbst zeigt eine buckelförmige Oberfläche mit festen, infiltrirten Rändern und ist mit den Nachbarthe len fest verwachsen. Diese Momente nebst den erwähnten Symptomen, dem Entwickelungsgange der Geschwulst und dem Alter der Patienten werden uns dann selten zu einer falschen Diagnose verleiten. Es liegt nun auf der Hand, dass in unserem Falle von Carcinom keine Rede sein konnte, da die Symptome des Krebses eben nicht vorhanden waren. Hieran reiht sich dann noch das Sarcom, dessen mikroskopische Unterschiede vom Carcinom ich hier übergehen will. Die Sarcome stellen Neubildungen von sehr wechselnder Grösse dar und bilden die umfangreichsten Geschwulstmassen, die überhaupt am Körper vorkommen, da sie dann aus einem Aggregat verschieden grosser, ursprünglich getrennter Knoten bestehen. Die Consistenz der Sarcome ist bald fest, derb, bald mehr elastisch, teigig, je nachdem sie überwiegend aus langgestreckten, spindelförmigen Faserzellen bestehen, oder aus kleineren, ovalen und rundlichen Elementen. Die Erscheinungen, welche die Sarcome darbieten, kommen zum Theil mit denen des Carcinoms überein, zum Theil weichen sie davon ab. Im Allgemeinen kommen bei den Sarcomen sehr selten so heftige Schmerzen vor, wie wir sie bei Carcinom finden; häufig ist ihr Verlauf sogar ganz schmerzlos, und die Störungen sind hauptsächlich nur bedingt durch Druck, Spannung und Behinderung in den Functionen der Theile, wahrscheinlich deshalb, weil das Gewebe der Sarcome

nicht die Induration und Retraction erleidet, welche das Stroma der Krebsknoten mit der Zeit eingeht, und welche in gleicher Weise auf die Nachbargewebe sich verbreitet. Wenn freilich das Sarcom frühzeitig mit Nerven in Verbindung tritt, dann treten auch unerträgliche Schmerzen auf. Ferner ist für das Sarcom characteristisch die geringere Neigung der Lymphdrüsen zu secundärer Entwickelung des Sarcoms, wenn dies auch natürlich nicht auf das ganze Lymphgefässsystem bezogen werden darf; denn es sind Fälle beobachtet worden, wo die Lymphdrüsen im Bereich des primären Sarcoms vollkommen intact waren, während secundäre Erkrankungen in anderen Organen und in den ihnen zugehörigen Lymphdrüsen in ausgedehnter Weise bestanden. Eine besondere Eigenthümlichkeit der Sarcome besteht endlich noch darin, dass sie in allen Lebensaltern zur Entwickelung kommen, ja sogar schon während des intrauterinen Lebens sich bilden können, und dass bei diesen Tumoren fast nie sich jene Cachexie ausbildet, wie sie bei Carcinomen fast nie vermisst wird. Diese Symptome, das Aussehen der Geschwulst und das relative Wohlbefinden der Patientin konnten nun sehr leicht den Gedanken aufkommen lassen, dass eben dieser Tumor ein Sarcom sein möchte, welches zu seinem Ausgangspunkte vielleicht die Fascia transversa haben könnte, zumal da einige Zeit vorher eine ähnliche Geschwulst von Herrn B. v. Langenbeck exstirpirt worden war, welche ein ähnliches Verhalten zeigte und sich nach der Operation als ein Sarcom erwies; freilich wurde dabei die Möglichkeit eines Ovarien-Tumors nicht absolut geläugnet obwohl wie eingangs gezeigt wurde, der Geschwulst sämmtliche characteristischen Zeichen eines solchen abgingen.

Am 14. November 1867 wurde die Exstirpation des Tumor vorgenommen. Dieselbe begann mit einem Ovalairschnitt, der, um das Peritoneum nicht zu verletzen, von unten und vorn über die linke Seite des Tumor nach oben

und hinten, und von hier aus über die rechte Seite zurück nach dem Ausgangspunkte geführt wurde. Dabei stellte sich heraus, dass die Cutis beträchtlich verdickt und äusserst resistent war und überall dem Tumor dicht anlag. Bei der hierauf stattfindenden Bloslegung der rechten Seite wurde eine Verwachsung des Musculus obliquus externus mit demselben sichtbar; nach der Trennung derselben konnte man dann hier unter den Tumor greifen. Als hierauf die linke Seite der Geschwulst abgeschält wurde, schien daselbst eine Cystis hervorzutreten — es war der Musculus rectus abdominis sinister —, nach deren Oeffnung man auch auf dieser Seite unter den Tumor gelangen konnte. Zunächst wurde nun rechterseits die Sehnenscheide des M. rectus, dann der Muscel selbst und hierauf die Linea alba getrennt. Als sodann die untere Seite des Tumor frei präparirt wurde, traten daselbst während eines Aufhustens der Patientin die Dünndärme hervor, dieselben wurden mit geölten Fingern zurückgehalten, indess die Freilegung der Geschwulst fortschritt. Neue Schwierigkeiten stellten sich der Exstirpation entgegen, als eine Verwachsung der Dünndärme und des grossen Netzes mit der rechten und hinteren Seite des Tumor sichtbar wurde: nach mehreren Unterbindungen wurde auch diese beseitigt und schliesslich nach Anlegurg einer Ligatur um das Ligamentum latum der ganze Tumor exstirpirt. Sobald die ganze Wunde mit Schwämmen, die in lauwarmes Wasser getaucht waren, gereinigt worden war, wurden zahlreiche Suturen angelegt; dabei konnten die Wundränder wegen der grossen Resistenz der Cutis nicht überall genau einander genähert werden. Hiernach wurde das Abdomen mit einer wollenen Binde umwickelt und die Patientin zu Bett gebracht: sie erhielt Eisumschläge auf den Kopf und nasse Handtücher auf den Unterleib applicirt. Während der Operation hatte sie einige Löffel Wein bekommen; nach derselben wurden ihr Eispillen verabreicht

und $^1/_4$ Gran Morphium injicirt. Die Hämorrhagie war während der Operation keine unbedeutende gewesen, da die Wandung des Tumor, der jetzt als ein Ovarien-Cystom erkannt werden konnte und in dessen Innerem sich grosse Eiterhöhlen vorfanden, ziemlich viel Gefässe besass.

Abend nach der Operation: Patientin hat etwas gebrochen, ist aber völlig bei Bewusstsein. Temperatur und Pulsfrequenz sind wenig erhöht.

15. November 1867: Patientin hat über Nacht eine kleine Haemorrhagie gehabt. Pulsfrequenz 96, Temperatur auch etwas gestiegen. Auch ist etwas Tympanitis vorhanden. Schmerzen hat Patientin nur dann, wenn sie hustet; auf Druck äussert sie keine Schmerzhaftigkeit. Die Wundränder zeigen schwarzblaue Färbung. Patientin erhält eine Injection von $^1/_4$ Gran Morphium und statt der wollenen Binde einen Heftpflaster-Verband, innerlich Eispillen. Mit den kalten Umschlägen auf die Stirn wird fortgefahren, auf den Unterleib aber werden warme Breiumschläge applicirt.

Mittags: Pulsfrequenz 108. Temperatur bedeutend erhöht.

Abends: Pulsfrequenz 120, Temperatur ist ebenfalls noch gestiegen. Sensorium frei, Schmerzen immer nur noch beim Husten. Patientin klagt über ein Gefühl von Schwere im Unterleib. Sie hat im Verlauf des Tages 4 Mal $^1/_4$ Gran Morphium injicirt erhalten. Es soll ihr Milch verabreicht werden neben Eispillen.

16. November früh: Pulsfrequenz 108, Temperatur ist ebenfalls gefallen. Die Eiterung beginnt. Einige Suturen haben durchgeschnitten. Die Wundränder fangen stellenweise an gangränös zu werden. Schmerzhaftigkeit wie früher. Auf Tympanitis wird nicht untersucht, um jede Erschütterung zu vermeiden. Patientin soll etwas Bouillon erhalten. Während der Nacht hat Patientin zwar geschlafen, aber viel geträumt.

Mittags: Pulsfrequenz 120.

Abends: Pulsfrequenz 104.

17. November früh: Patientin hat über Nacht viel gebrochen, trotzdem dass ihr $^1/_3$ Gran Morphium injicirt worden ist. Sie giebt an, dass sie die verordnete Bouillon mit Widerwillen genommen und unmittelbar darnach gebrochen habe. Das Erbrechen dauert fort und ist gelbgrün und von äussert unangenehmen faecalen Geruch. Athemfrequenz enorm gesteigert, der Puls sehr niedrig, seine Frequenz lässt sich nur schätzen und zwar auf 160 Schläge. Sensorium ist frei: der Gesichtsausdruck zeugt von grosser Mattigkeit. Stirn, Hände und Füsse sind kalt. Patientin ahnt ihr Ende und spricht ganz klar über dasselbe. $3^1/_2$ Uhr Nachmittags erfolgt dann der lethale Ausgang.

Autopsie: wurde nur in soweit gemacht als es für die Operation von Interesse war. Es fanden sich bereits gute Verklebungen im Bereich der Wunde vor. In der linken Fossa iliaca mässiges, eitriges peritonitisches Exsudat. Das linke Ovarium völlig gesund. Ausserdem alte circumscripte peritonitische Adhaerenzen, welche auf das früher applicirte Setaceum zurückgeführt werden dürften. —

Fragen wir nun nach der Ursache des schlimmen Ausganges der Operation, so dürften hierzu vielleicht mehrere Momente beigetragen haben. Das eine muss man in der vorgefundenen Peritonitis suchen, welche, wenn sie auch nur in mässigem Grade vorhanden war, hier ein Individuum befallen hatte, das durch Hämorrhagie während der Operation schon erschöpft war und schon Erscheinungen von Collaps darbot, so dass auch eine geringe Erkrankung des Peritoneum schon hinreichen konnte, um den tödtlichen Ausgang herbeizuführen. Eine weitere und vielleicht ebenso wichtige Todesursache lag dann in der Geschwulst selbst und in der Art, wie die Operation ausgeführt werden musste. Denn auch nach den statistischen Tabellen von Charles West

stellt sich der Verlauf nach der Operation weit ungünstiger bei Ovarial-Tumoren, die ein massig entwickeltes Stroma besitzen und grosse weitgehende Adhaerenzen mit dem Peritoneum und den benachbarten Eingeweiden eingegangen sind, als bei solchen, wo das Gegentheil der Fall ist, denn bei letzteren wird die Operation an sich eine viel weniger verletzende sein als bei Tumoren der ersten Art. Alle diese schlimmen Complicationen waren aber nun in unserem Falle vorhanden, so dass die Operation zu einer der schwierigsten und eingreifendsten wurde, die von Herrn B. von Langenbeck je gemacht worden sind, also der tödtliche Ausgang hier keineswegs überraschend erscheinen konnte. Kommen wir nun noch einmal auf jenen Tumor zurück, so könnte man vielleicht behaupten, dass die Diagnose trotz ihrer Schwierigkeit doch hätte genau gestellt werden können, wenn man der Operation die Probepunction vorausgeschickt hätte. Die Richtigkeit dieser Behauptung kann man nun freilich nicht ganz in Abrede stellen, doch vergegenwärtigen wir uns, dass man die Probepunction nur da machen kann, wo man fest entschlossen ist, auch die Operation zu machen, so hat sie überhaupt keinen Zweck, denn halten wir den betreffenden Fall für zur Operation geeignet, so ist es doch wahrlich ganz gleich, ob man einen Tumor mit bekannter oder zweifelhafter Diagnose exstirpirt. Bei unserem Falle aber kam noch hinzu, dass die Geschwulst ein so eminent stark entwickeltes, gefässreiches Stroma besass, dass man durch die Probepunction entweder garnichts hätte eruiren können, was auf die Diagnose von Einfluss gewesen wäre, oder im anderen Falle wäre vielleicht nur Blut aus der Canüle abgeflossen. Nehmen wir aber den günstigsten Fall an, dass man wirklich in eine jener Cysten eingestochen hätte und Cysten-Inhalt entleert worden wäre, so wäre damit zwar die Diagnose sicher gewesen, ob aber damit der Patientin eine besondere Hilfe geleistet worden wäre, ist

noch sehr fraglich, da man schon sehr oft auch nur nach einem einfachen Einstich Vereiterung der Cyste hat eintreten sehen, welche dann, um das Leben der Patientin möglicherweise noch zu erhalten, auch die Operation nothwendig gemacht hätte, so dass das Endresultat schliesslich doch dasselbe gewesen wäre. Hiernach muss es also vollkommen als richtig anerkannt werden, dass die Probepunction nicht gemacht wurde, da sie auf die Behandlung von gar keinem Einfluss und in Bezug auf die Diagnose von zweifelhaftem Werthe war.

Um nun diesen Fall sich erklären zu können, der als Unicum in der Geschichte der Ovarien-Tumoren dasteht, und deshalb so merkwürdig und von so hohem Interesse ist, dass er, trotzdem er kein characteristisches Symptom jener Geschwülste zeigte, doch ein Ovarien-Cystom war, müssen wir seine frühere Behandlung ins Auge fassen. Sein Entstehen mag vielleicht auch von so undeutlichen Symptomen gekennzeichnet gewesen sein, wie wir es bei den meisten Ovarien-Cysten beobachten können, in Folge dessen die Diagnose so erschwert worden sein, dass man die Geschwulst für jeden anderen Tumor, nur nicht für einen Ovarien-Tumor gehalten haben mag, weshalb zu seiner Heilung dann das Setaceum in Anwendung gebracht wurde. Das Haarseil hat dann jedenfalls eine reactive Entzündung im Tumor hervorgerufen und ihn immer mehr der Mittellinie des Abdomens genähert, wo er dann an dieser abnormen Stelle Verwachsungen mit den umgebenden Weichtheilen eingegangen ist und dann eben nur mit einem Segment so sehr prominirte, weshalb auch natürlich mehr und mehr der Typus eines Ovarien-Cystoms verloren gehen musste, so dass durch diese Umstände eben die Diagnose so sehr erschwert wurde. —

Wenn ich nun kurz vorher erwähnt habe, dass die Probepunction in diesem Falle auch auf die Behandlung gar nicht influirt hätte, so soll damit gesagt sein, dass auch bei voll-

ständig sicherer Diagnose mit dem Einverständniss der Patientin die Operation unternommen worden wäre, da sich in der neueren Zeit, gestützt auf gute Erfolge, immer mehr die Ansicht Bahn bricht, dass die Ovariotomie desto bessere Resultate liefert, je früher sie unternommen wird, und je besser das Allgemeinbefinden der Patientin ist; ein Umstand, der uns mit um so grösserer Freude erfüllen muss, da die Operation der Ovariotomie das einzig sichere Mittel ist, das Uebel zu beseitigen und der Kranken das Leben zu verlängern, indem sie mit dem Tumor einem sicheren, qualvollen Tode entgegensieht. Und hoffen wir, dass es der kommenden Zeit noch vorbehalten ist, durch präcisere Formulirung der Indicationen für diese Operation und verbesserte Operationsmethoden günstigere Resultate zu erzielen und so immer mehr den Horror vor dieser Operation zu beseitigen und somit auch vielen Kranken das Leben zu erhalten und zu verlängern.

# THESEN.

1. Pes varus wird am zweckmässigsten durch den Contentiv- resp. Gypsverband behandelt.
2. Der Middeldorpf'sche Wasserwagen entspricht in dieser Beziehung im Kriege allen Anforderungen am besten.
3. Chloroform kein neuroparalytisches Gift.
4. Reconvalescenten-Spitäler in Kriegszeiten sind eine dringende Nothwendigkeit.

Der Verfasser, geboren am 1. September 1844 zu Lickerwitz, Kreis Trebnitz in Schlesien, evangelischer Confession, wurde, nachdem er Ostern 1864 vom Gymnasium zu Oels mit dem Zeugniss der Reife entlassen, unter dem Rectorate des Herrn Professor *Grube* auf der Breslauer Hochschule immatriculirt. Dort hörte er durch fünf Semester die Vorträge der Herren Professoren und Privatdocenten: *Dr. Auerbach, Barkow, Cohn, Grosser, Grube, Haeser, Heidenhain, Lebert, Loewig, Marbach, Middeldorpf, Spiegelberg, Voltolini, Waldeyer.* Ende April 1866 machte er unter dem Decanat des Herrn Prof. *Haeser* das Tentamen physicum und wurde bald darauf zum Militair eingezogen, jedoch nach drei Monaten behufs Fortsetzung seiner Studien entlassen. Er kehrte auf die Universität Breslau zurück und hörte durch ein Semester die Vorträge der Herren Professoren: *Lebert, Middeldorpf, Spiegelberg, Waldeyer.* Ostern 1867 ging er dann auf die Hochschule zu Berlin und wurde dort unter dem Rectorate des Herrn Prof. *B. v. Langenbeck* unter die Zahl der dortigen Studirenden aufgenommen, besuchte durch zwei Semester die Vorlesungen der Herren Prof. *Frerichs, Griesinger, Gurlt, Hueter, B. v. Langenbeck, Martin, Virchow.* Ostern 1868 kehrte er dann wieder auf die Breslauer Universität zurück und besuchte hier durch ein Semester hindurch die Vorlesungen der Herren Professoren: *Foerster, Lebert, Middeldorpf, Spiegelberg, Waldeyer* —